



Clio. Femmes, Genre, Histoire

26 | 2007
Clôtures

A propos de Henriette D.

Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle

Isabelle von Buelzingsloewen



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/clio/5773>
DOI : 10.4000/clio.5773
ISSN : 1777-5299

Éditeur

Belin

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2007
Pagination : 89-106
ISBN : 978-2-85816-940-5
ISSN : 1252-7017

Référence électronique

Isabelle von Buelzingsloewen, « A propos de Henriette D. », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 26 | 2007, mis en ligne le 01 janvier 2010, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/clio/5773> ; DOI : 10.4000/clio.5773

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Tous droits réservés

A propos de Henriette D.

Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle

Isabelle von Buelzingsloewen

« A côté des folles, les fous semblent raisonnables » (Albert Londres, *Chez les fous*, 1925)

- 1 C'était au printemps 2001. Je commençais le travail de repérage des sources (orales et écrites) susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de l'enquête publique « Destins de fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation », qui venait d'être lancée par l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Lyon/Bron), le groupe de recherche EMS¹ et le Conseil général du Rhône². Je savais qu'en dépit de la politique de réduction drastique de la durée des séjours et du nombre de lits mise en œuvre au cours des deux dernières décennies, chaque service de l'hôpital du Vinatier « hébergeait » un ou plusieurs patients « au long cours », parfois très âgés. Par acquis de conscience, j'interrogeai quelques psychiatres et quelques infirmiers : se pouvait-il que l'un ou l'une de ces patient(e)s ait séjourné suffisamment longtemps (c'est-à-dire au moins 60 ans) dans l'institution pour pouvoir témoigner de la période tragique des années noires ? Tous me firent la même réponse. La dernière malade « survivante » de la guerre, Henriette D., s'était éteinte en 1999 à l'âge de 111 ans. Il se serait même agi de la doyenne des Français, statut qu'elle aurait acquis à la mort de Jeanne Calment en 1997³. Je demandai à accéder à son dossier médical, qui se trouvait encore dans le service dans lequel elle avait passé les sept dernières années de sa vie⁴. Celui-ci ne contenait que peu d'éléments sur la période 1940-1945. Mais le parcours qui s'y donnait à lire pouvait, me semblait-il, susciter une réflexion plus globale sur l'internement des femmes dans la France du XXe siècle. Non par son caractère emblématique mais par sa durée exceptionnelle qui permet de saisir des évolutions qu'il n'aurait pas été possible de percevoir dans le cadre d'une séquence plus brève.
- 2 Henriette D.⁵ est née le 24 juin 1887 dans une petite commune du département du Rhône. Elle est internée à l'hôpital du Vinatier, que l'on appelle alors l'asile de Bron⁶, le 21 octobre 1925. Ce qui frappe avant tout c'est la longueur de son enfermement. Entrée à l'asile à l'âge de 38 ans, Henriette D. y reste en effet jusqu'à sa mort, le 7 janvier 1999. Soit près de trois-quarts de siècle et près des deux-tiers de son existence⁷. Seuls son statut et son numéro de matricule ont changé : en 1962, le placement d'office⁸ est transformé en

auto-placement puis, en 1983, l'auto-placement est transformé en placement libre ⁹. Si bien qu'à partir du début des années soixante on ne peut plus véritablement parler d'internement : Henriette D. peut en principe quitter l'établissement à tout moment ¹⁰. En outre, en 1982 – elle a alors 95 ans – Henriette D. est placée sous tutelle. On peut postuler que ces changements d'ordre administratif n'ont pas entraîné de bouleversement majeur dans sa vie. Il n'en va sans doute pas de même des changements successifs de pavillon mentionnés dans son dossier. Car Henriette D. a beaucoup déménagé... à l'intérieur de l'hôpital.

- 3 Pour quels motifs Henriette D. a-t-elle été internée ? Pourquoi est-elle demeurée aussi longtemps à l'hôpital psychiatrique ? En quoi son parcours permet-il de poser la question du genre à l'hôpital psychiatrique au XXe siècle ? Telles sont les interrogations que nous soulèverons dans cette contribution qui a vocation à ouvrir des pistes et à avancer des hypothèses qui devront être validées dans le cadre d'une enquête plus systématique ¹¹.

Aux origines de l'internement

- 4 Les circonstances et, pour autant qu'on puisse les déterminer, les causes de l'internement de Henriette D. sont un premier élément à prendre en compte pour comprendre son parcours. Bien que les renseignements fournis par le dossier médical soient très lacunaires, personne ne s'étant jamais soucié de reconstituer précisément le passé de la malade, ces causes transparaissent dans un certain nombre de données objectives. Comme de nombreux aliénés internés ¹², Henriette D. est célibataire et n'a pas d'enfants. Il ne semble pas que ce soit sa maladie qui l'ait empêchée de fonder un foyer. Si l'on en croit le questionnaire joint à la demande d'admission, celle-ci ne se serait pas manifestée avant 1920 voire 1923. Rien ne permet non plus d'affirmer que Henriette D. souffre de retard mental même si, bien qu'elle soit allée à l'école jusqu'à 11 ans, elle n'a pas obtenu son certificat d'études et sait à peine écrire et compter. Elle n'a pas de profession déclarée, mais elle vit avec sa mère et son jeune frère Louis, lui aussi célibataire, qui a repris l'exploitation familiale après la mort du père en 1913. Elle a en outre deux frères aînés dont on ignore tout si ce n'est qu'ils sont mariés et ne vivent plus au domicile familial.
- 5 Ce n'est donc pas l'isolement créé par la perte soudaine d'un proche qui conduit Henriette D. à l'asile ¹³. D'après le procès-verbal établi le 21 octobre 1925 par le maire de la petite commune où habitent Henriette D., sa mère et son frère ¹⁴, c'est le comportement menaçant de la jeune femme qui est à l'origine de l'internement. Celui-ci a été demandé par sa mère. D'après les dires de celle-ci, reproduits par le maire qui a également interrogé le médecin de la famille, il semble que « les troubles mentaux caractérisés par le délire de la persécution » aient débuté en 1923. De juillet 1923 à février 1924, la malade a été soignée à la Maison de santé de Meyzieu dans l'Ain. Ce placement dans un établissement privé a probablement représenté un effort financier considérable pour la famille. Or Henriette D. est revenue « imparfaitement guérie et d'après l'avis du médecin traitant ne devant pas guérir attendu qu'elle refusait de suivre le traitement » ¹⁵. Après sa sortie, elle vit à nouveau auprès des siens, mais devient renfermée et opposante, « ne sortant que très rarement, de préférence à la tombée de la nuit, sans vouloir aucune relation et faisant le contraire de ce que sa mère pouvait lui demander, démontant ses vêtements, les détériorant sans toutefois être dangereuse ». On peut postuler que son aptitude au travail a été sévèrement affectée par ce changement de comportement même si le maire n'y fait aucune allusion. C'est en effet la dangerosité de la malade qui est mise en avant dans le procès-verbal. Car c'est elle qui fonde le recours à l'internement tel qu'il

est défini par la loi du 30 juin 1838 qui organise l'assistance aux aliénés dans le cadre des asiles.

Mais depuis ce printemps, elle est devenue haineuse à l'égard des siens, les menaçant et frappant même légèrement sa mère. Le mal a empiré réellement depuis un mois et à partir de cette époque, elle s'est livrée à des voies de fait. Elle menaçait de ciseaux, couteaux, fourchettes et lançait ces objets contre les membres de sa famille. La mère porte dans le dos les traces de coups de pique-feu ; le frère a aux mains les traces de coups d'ongles et de dents, aux jambes celles de coups de pied. Elle s'enfermait dans l'intérieur de la maison et les siens ne pouvaient y rentrer qu'en escaladant.

- 6 Henriette D. n'a donc pas troublé l'ordre public. Le maire ne juge au demeurant pas nécessaire d'interroger le voisinage, « l'état de la malade étant notoirement connu ». En revanche, on requiert l'avis du Dr T., installé dans une commune voisine, qui établit le certificat d'admission, libellé en ces termes :

Je soussigné H. T., Docteur en médecine, certifie que Henriette D. domiciliée à X. (Rhône), est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par du délire de la persécution, de plus cette aliénée est devenue depuis quelques jours dangereuse pour son entourage : tentatives répétées de coups et blessures avec les objets ménagers (pique-feu, couteaux de table, fourchette) sur sa mère et sur son frère. Il y a donc lieu de la faire admettre d'urgence dans un établissement spécial où elle pourra recevoir des soins nécessités par son état.

- 7 Le diagnostic porté par le Dr T. est confirmé par le Dr N., médecin-chef à l'asile de Bron, qui, comme le prévoit la loi, examine Henriette D. le lendemain de son admission. Dans le certificat de 24 heures, reproduit dans le livre de la loi ¹⁶, on lit en effet : « Présente une bouffée délirante avec idées de persécution. A maintenir » ¹⁷.

Les causes du maintien à l'asile

- 8 S'il permet de reconstituer le scénario qui a conduit à l'internement, le dossier médical de Henriette D. ne livre que peu d'éléments sur les raisons de son maintien indéfini à l'asile, y compris à une période (à partir des années 1970) où la « déshospitalisation » et le « maintien dans la communauté » sont devenus les maîtres mots de la prise en charge des malades mentaux. Analysant le cas de Henriette D. dans *L'enfer de la médecine... est pavé de bonnes intentions*, paru en 2005, le Dr Patrick Lemoine, qui a connu la patiente, dénonce avec véhémence ce qu'il considère comme un scandale ¹⁸. Si Henriette D. est demeurée à l'asile aussi longtemps c'est parce que, selon lui, elle a servi de main-d'œuvre bon marché à l'établissement – très bonne ménagère, elle entretenait le rez-de-chaussée de son pavillon contre une rétribution symbolique ¹⁹.

Au XXe siècle, jusqu'à la fin des années 1960, les hôpitaux psychiatriques n'ont pu tenir économiquement que grâce au labeur des malades travailleurs (...) Certains patients furent maintenus en internement pendant des décennies car indispensables à la vaisselle, au ménage, à la buanderie, à la ferme, pour s'occuper du service domestique des médecins et des directeurs, écrit-il.

- 9 Cette interprétation paraît pour le moins réductrice. Car le cas de Henriette D. renvoie à une réalité complexe et appelle donc une analyse nuancée. La question se pose d'abord de savoir si l'enfermement de Henriette D. était justifié d'un point de vue médical. Très elliptiques, les notes consignées dans le dossier n'autorisent pas à se faire une idée très claire. Elles permettent cependant d'établir avec certitude que Henriette D. était bien atteinte de troubles mentaux et que ceux-ci n'ont pas disparu au cours du temps. En 1975, le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique est retenu dans un certificat et, dans les années 1980, celui de schizophrénie, évoqué une première fois en 1946, semble admis

par les médecins. Une analyse linéaire de la feuille d'observations médicales montre une alternance de périodes délirantes et de périodes calmes. En novembre 1929, le médecin écrit :

Malade actuellement calme, bien orientée dans le temps et l'espace. Attention conservée. Réticente : reconnaît avoir eu des discussions avec sa mère et son frère, mais prétend ne jamais les avoir frappés. Affection diminuée. Indifférence. Jugement amoindri : elle sourit à la lecture du procès-verbal relatant les coups qu'elle a portés à sa mère et n'a aucune idée de la gravité de son geste. Mémoire conservée. Se rappelle parfaitement avoir été soignée à l'établissement de Meyzieu mais comme cette fois-ci elle se demande pourquoi. Sourire niais à tout propos. Idées délirantes de persécution assez mal systématisées ; on lui en voulait mais elle ne sait pas qui car elle sortait peu.

- 10 Et le médecin de conclure : « En somme débile ayant fait une bouffée délirante » ²⁰. En dépit de la prescription (irrégulière) de neuroleptiques, à partir de novembre 1955, la malade se montre parfois bruyante – « discordante » disent les psychiatres. Elle est toujours persécutée et, lorsqu'elle entend des voix, il lui arrive d'insulter ses interlocuteurs et de manifester de l'agressivité. Mais elle ne s'en prend à personne.
- 11 La longévité biologique de Henriette D. est un autre facteur à prendre en compte pour expliquer la longue durée de son séjour à l'hôpital du Vinatier. Si l'on en croit les études produites sur le sujet, les malades psychotiques ont pourtant une espérance de vie moyenne très inférieure à celle de la population générale. En outre, la prise en charge somatique a longtemps été quasi-inexistante dans les hôpitaux psychiatriques ²¹. Henriette D. fait donc preuve d'une résistance peu commune. Hospitalisée à plusieurs reprises à l'hôpital général pour y subir des interventions chirurgicales – le 22 juin 1939, elle est transférée à l'hôpital Edouard Herriot pour l'ablation d'une tumeur sur le sein gauche –, elle se rétablit sans difficulté ; au moment de sa réintégration à l'asile, le 20 juillet, le médecin-chef note : « présente le même état mental essentiellement caractérisé par de la débilité psychique, du puérilisme, de l'incohérence dans les propos et le comportement. A maintenir » ; et, constatant que le sein n'a pas été enlevé, en déduit que la tumeur était bénigne. Plus étonnant compte tenu de son profil ²², Henriette survit à la famine des années de guerre. Mais elle souffre de la faim comme en témoigne cette notation laconique portée dans son dossier le 10 octobre 1944 : « Malade très amaigrie » ²³. En dépit de nombreuses chutes, de plusieurs fractures, entorses et luxations (clavicule, col du fémur, cheville, épaule) et de problèmes de vue, elle conserve son autonomie jusqu'à un âge très avancé. C'est d'ailleurs ce qui rend possible son maintien dans un service peu adapté à des personnes âgées ²⁴. Car contrairement à de nombreux autres malades chroniques, Henriette D. n'est pas placée dans un établissement de long séjour, bien que cette option ait été évoquée à plusieurs reprises. Les raisons invoquées par l'équipe, consultée par le chef de service, sont d'ordre médical : bien que stabilisé, le comportement de la malade est jugé incompatible avec un placement en maison de retraite. Mais aussi humain : on craint qu'après un aussi long séjour à l'hôpital psychiatrique, Henriette D. ne s'adapte que très difficilement à un changement de cadre et qu'elle ne perde tous ses repères, spatiaux et affectifs ²⁵.

L'érosion du lien familial

- 12 Mais si Henriette D. est restée près de soixante-quinze ans à l'asile, c'est surtout parce que la perspective d'une sortie s'est heurtée à son isolement familial ²⁶. A une époque où la prise en charge des malades incapables de travailler et donc de vivre de façon autonome repose exclusivement sur les familles ²⁷, la défaillance du lien familial constitue en effet

un obstacle majeur à la réinsertion. Celle-ci est conçue comme très improbable par les médecins eux-mêmes. « Est appelée à faire un long séjour à l'asile mais ne peut être déclarée incurable », peut-on lire dans un certificat médical reproduit dans le dossier de Henriette D. en date du 27 juillet 1931. Même si elle n'interdit pas tout espoir, cette formule elliptique, que l'on retrouve dans de nombreux dossiers, n'est guère encourageante pour les proches. Qu'il soit immédiat ou progressif, le désinvestissement des familles s'explique pour une grande part par cette certitude profondément ancrée, et que partagent la plupart des aliénistes même si l'apparition des thérapeutiques biologiques ²⁸, acclimatées au cours des années 1930 et 1940, modifie quelque peu la donne : la folie est incurable. Dans la seconde moitié des années 1950, la diffusion des neuroleptiques, dans un contexte où la nécessité de l'enfermement des malades mentaux ne va plus de soi, favorise certes la réduction des durées de séjour. Mais pour les malades internés de longue date, elle n'est pas forcément synonyme de rupture. Pas plus que la mise en place progressive (à partir des années 1970) de structures de soins extra-muros ²⁹ peu adaptées à des malades dont l'autonomie a été érodée par plusieurs années voire plusieurs décennies de vie à l'hôpital. L'âge de la vieillesse arrivé, la maison de retraite devient donc le seul « lieu de vie » alternatif possible. A condition toutefois que le comportement du malade soit jugé compatible avec les règles de vie collective d'un établissement non spécialisé.

- 13 Dans le cas de Henriette D., la chronologie du délitement du lien familial est difficile à établir. Dans un premier temps, Henriette D. a reçu des visites de son frère Louis et de l'une de ses belles-sœurs. On ignore en revanche si sa mère est venue la voir. On ne connaît pas non plus la date de décès de cette dernière. Mais on sait que Louis est mort en mai 1950. Il est peu probable que Henriette D. ait été avertie de ce décès. En juillet 1954, lorsque le Dr T. évoque la possibilité de rechercher sa famille, elle déclare en effet aux infirmières : « mon frère venait de temps en temps autrefois, mais vous savez bien qu'il y a longtemps qu'il n'est pas venu ». Au motif que Henriette D. traverse une période de rechute, on attend mai 1956 pour écrire à Louis. La lettre revient avec la mention « décédé ». L'assistante sociale de l'hôpital entreprend alors des démarches auprès de la mairie de la commune d'origine de Henriette D. L'enjeu est de déterminer si la vieille dame (qui a 67 ans et qui est internée depuis plus de 30 ans) a encore de la famille et, le cas échéant, de renouer le contact afin qu'elle soit plus entourée. La réponse ne se fait pas attendre : Henriette D. n'a plus que cinq nièces ³⁰, qui habitent toutes à Lyon. En août 1957, contact est pris avec l'une d'elles. Celle-ci adresse à l'assistance sociale une lettre scandalisée : elle et sa mère ne veulent pas entendre parler de Henriette D. et refusent de rencontrer le Dr T. « Si nous désirons revoir cette personne nous le ferons sans recevoir aucun ordre de personne sous quelque forme que ce soit », écrit-elle. Le Dr T. ne se décourage pas. Le 6 février 1959, il note : « Revoir le problème de la famille (se plaint de n'avoir jamais de visite) ». Mais, le 10 septembre, le Dr E. indique : « Il faut sans doute abandonner l'idée de retrouver la trace des nièces. D'ailleurs peut-être leur découverte n'apporterait-elle pas grand chose » ³¹. Pourtant, en mars 1964, prévenues par l'administration de l'hôpital Edouard Herriot, où Henriette, agressée par une autre malade, a été admise pour une fracture de la clavicule, deux nièces de Henriette D. viennent lui rendre visite ³². Une seule fois si l'on en croit le Dr T. qui, le 14 janvier 1970, note : « Les nièces ne sont pas revenues depuis 1964 » ; puis, le 20 janvier 1971 : « il faut écrire aux nièces ». Et le miracle se reproduit : Henriette D., âgée de 84 ans, reçoit à nouveau la visite de deux de ses nièces. D'après le Dr T., celles-ci sont « très gentilles » et « promettent de venir la voir maintenant plus régulièrement ». Promesse non tenue. En

1987, alors qu'il est question d'organiser une fête d'anniversaire pour les cent ans de Henriette D., on contacte une nouvelle fois les nièces dont on est sans nouvelles depuis plus de 15 ans. Mais, craignant peut-être la présence d'officiels et de la presse, celles-ci refusent de venir. Le 16 juin, soit huit jours avant l'anniversaire de Henriette D., le Dr Z. note :

À l'occasion des préparations du centenaire nous avons pris contact avec sa seule famille restante constituée de trois nièces âgées respectivement de 84, 82 et 80 ans, qui nous expliquent qu'elles ne seront pas présentes à cette cérémonie dans la mesure où elles ont peu de contact avec leur tante, nous expliquant même que depuis 60 ans, l'existence de cette tante enfermée au Vinatier a été cachée à toute la famille, à savoir aux gendres, aux enfants et aux petits-enfants, et que d'assister à cette cérémonie risquerait de remettre en cause ce secret familial. La nièce que j'ai eue au téléphone semblait assez remuée par cette situation et très gênée de sa position actuelle.

- 14 Lorsque Henriette D. meurt, le 7 janvier 1999, elle n'a plus aucune famille. Elle est malgré tout enterrée dans le caveau familial du cimetière de son village natal. Le directeur de l'hôpital et de nombreux soignants assistent à la cérémonie.

Un itinéraire spécifiquement féminin ?

- 15 Comme celui de tout patient « en psychiatrie », l'itinéraire de Henriette D. est unique. Et donc irréductible. Reste que pour qui connaît un tant soit peu l'histoire de l'assistance psychiatrique en France au XX^e siècle, il est relativement banal. Car il ne prend tout son sens que comparé à d'autres ³³ et rapporté à des données plus générales, recueillies dans d'autres types de sources. En particulier à des données chiffrées qui permettent de dépasser le niveau de l'observation individuelle. Or les statistiques montrent que les femmes ont longtemps été davantage concernées par l'internement que les hommes. En 1925, année de l'internement de Henriette D., 555 aliénés sont admis à l'asile de Bron. 58,7 % de ces « entrants » sont des femmes. Ces dernières sont également très majoritaires dans la population asilaire puisqu'elles représentent 67,7 % des internés au 1^{er} janvier. Ce déséquilibre n'est pas spécifique à l'établissement. S'il est particulièrement marqué à l'asile de Bron, qui dessert un département comportant une grande agglomération, il concerne l'ensemble des asiles départementaux français : en 1925, 58,7 % des internés sont des femmes ³⁴. Surtout, il se perpétue jusque très avant dans le XX^e siècle. Jusqu'en 1953, les femmes sont en effet plus nombreuses que les hommes parmi les malades admis chaque année dans les asiles français et, jusqu'en 1968, elles sont majoritaires dans la population internée ³⁵.
- 16 Comment interpréter ces écarts ? En l'état actuel de la recherche, force est de s'en tenir à des hypothèses. On peut postuler que si les femmes sont majoritaires dans la population asilaire c'est parce que leur espérance de vie est supérieure à celle des hommes d'autant que, jusque dans les années 1980, il n'existe pas de « passerelle » entre les hôpitaux psychiatriques et les maisons de retraite ou autres institutions de long séjour. La durée moyenne des séjours à l'asile des malades femmes est donc plus longue que celle des malades hommes. Le déséquilibre sexué des admissions peut lui aussi renvoyer au fait que les femmes sont majoritaires dans la population générale – du fait d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes (qui explique qu'elles sont plus souvent atteintes de démence sénile), mais aussi du fait des pertes en hommes enregistrées pendant et après la Première Guerre mondiale ³⁶ – et qu'elles sont par conséquent plus souvent isolées que les hommes ³⁷, l'isolement constituant une cause majeure d'internement quel que soit le sexe ³⁸. Pourtant, si l'on en croit des études épidémiologiques récentes, les hommes sont plus

touchés que les femmes par les deux principales pathologies susceptibles de conduire un individu à l'asile : l'alcoolisme et la schizophrénie. Les femmes sont en revanche plus nombreuses dans la catégorie nosologique « manie, mélancolie, délire de persécution » ainsi que dans la catégorie, particulièrement labile, « autres maladies mentales ». Importante pourvoyeuse des asiles jusqu'à la découverte de traitements antibiotiques efficaces, la paralysie générale (complication nerveuse de la syphilis) frappe aussi davantage les hommes que les femmes. En outre, jusque dans les années 1930, de nombreux poilus souffrant de choc traumatique ou présentant des séquelles psychiatriques consécutives à une trépanation ou à des blessures au crâne ou à la face ont été internés dans les asiles français ³⁹. Enfin on sait que les opérations de mobilisation, conduites en 1939 et 1940, se sont également traduites par une augmentation de la part des internements masculins, de nombreuses pathologies mentales tolérées par les familles ayant été détectées à cette occasion.

- 17 L'argument démographique suffit-il dès lors à rendre compte de l'ampleur de l'écart enregistré certaines années ⁴⁰ ? La prépondérance des internements féminins s'explique peut-être aussi par des facteurs sociaux et culturels. Ainsi, le fait que les femmes soient majoritaires dans la population asilaire mais très minoritaires parmi les détenus des prisons n'est pas sans poser question ⁴¹. Faut-il en déduire que, lorsqu'elles sont atteintes de troubles mentaux – sachant que les « troubles mentaux » sont une construction (scientifique, sociale et culturelle) elle-même soumise à des évolutions importantes – les femmes, davantage repliées sur la sphère privée, sont moins portées que les hommes à perturber l'ordre public ⁴² ? Ou que les familles, les médecins, les pouvoirs publics ou encore le voisinage, souvent sollicité lors des enquêtes, interprètent plus volontiers leurs actes déviants comme la manifestation de la folie que comme un délit ? Répondre à ces questions supposerait de connaître le nombre de détenus atteints de troubles mentaux et son évolution, sachant que la notion d'irresponsabilité, qui a conduit nombre d'auteurs de crimes et de délits de la prison à l'asile ⁴³, a elle aussi considérablement évolué au cours du XXe siècle ⁴⁴.
- 18 Bien que difficile à mesurer, le niveau d'« endurance » ou de « tolérance » des familles confrontées à la folie d'un des leurs a également pu jouer un rôle dans la fréquence du recours à l'internement. Or la reconstitution d'un certain nombre de parcours de malades donne à penser que ce niveau d'endurance a longtemps été moins élevé lorsque le malade était de sexe féminin. Autrement dit : l'internement d'une femme a peut-être été plus facilement et plus promptement envisagé que celui d'un homme, alors que sa réinsertion dans le milieu familial, au terme d'un séjour plus ou moins long à l'asile, a pu s'avérer plus ardue ⁴⁵. Ce constat, qui demanderait à être confirmé et affiné en fonction de paramètres tels que l'âge, l'origine sociale et la pathologie du malade, reflète sans doute la place inégale des hommes et des femmes sur le marché du travail, le devenir économique des familles étant plus souvent tributaire des revenus procurés par les hommes que de ceux procurés par les femmes. La part des internements masculins augmente d'ailleurs en période de crise économique et de chômage ⁴⁶. Mais on peut supposer qu'il renvoie aussi à des représentations (de la folie, de la place et de la fonction des femmes au sein de la famille et de la société) qu'il conviendrait de cerner et d'explicitier dans une enquête approfondie et affranchie des présupposés militants et/ou misérabilistes qui ont fondé tant d'analyses dans lesquelles les historiens ont du mal à se reconnaître aujourd'hui.

*

- 19 Bien que rarement posée par les acteurs et par les observateurs de l'institution asilaire, y compris par ses innombrables contempteurs, la question du genre apparaît donc fondamentale pour qui veut mettre à jour, dans une perspective renouvelée, la fonction de l'internement (i.e. la façon dont la société « identifie » et « traite » les malades mentaux) et son évolution dans la France du XXe siècle. Mais elle est également incontournable pour qui souhaite s'attacher, en dépit des problèmes d'interprétation posés par certaines sources, à restituer le vécu des malades internés qui se donne en particulier à lire dans la correspondance (parfois délirante) échangée par les malades avec leur famille, le médecin-chef, l'administration ou encore les pouvoirs publics. Ce vécu varie considérablement selon la taille de l'établissement mais aussi en fonction du statut de chaque interné, les malades payants (ou pensionnaires ⁴⁷) et les malades travailleurs étant beaucoup mieux lotis que les malades indigents (au compte des départements, des communes ou de l'État) et les malades inoccupés, reclus dans leur division, dans leur dortoir (pour les grabataires et les incontinents) ou dans leur cellule (pour les grands agités). Les asiles étant, jusque dans les années 1970 et souvent au-delà ⁴⁸, organisés selon le principe de la séparation absolue des sexes ⁴⁹, on peut également postuler que l'expérience de l'enfermement dans ses multiples dimensions revêt un caractère différent selon le sexe du malade ⁵⁰. Longtemps présenté comme uniforme par tous ceux qui (journalistes, littérateurs, photographes ou encore philosophes, historiens ou sociologues) en ont fait un objet de polémique ou d'étude, l'asile est donc en réalité un univers étonnamment segmenté.

BIBLIOGRAPHIE

- BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von, 2007, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier/Flammarion.
- BUSFIELD Joan, 1996, *Men, Women and Madness : understanding gender and mental disorder*, Basingstoke, Macmillan Press.
- CHAPIREAU François, à paraître 2007, « Évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle », in Magali Coldefy (dir.), *La prise en charge de la santé mentale en France*.
- LEMOINE Patrick, 2005, *L'enfer de la médecine... est pavé de bonnes intentions*, Paris, Robert Laffont.
- MEIER Marietta, BERNET Brigitta, DUBACH Roswitha et GERMANN Urs, 2007, *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970*, Zurich, Chronos Verlag.
- RIPA Yannick, 1986, *La ronde des folles. Femme, folie et enfermement au xixe siècle 1838-1870*, Paris, Aubier.
- TOMES Nancy, 1994, « Feminist Histories of Psychiatry », in Mark Micale et Roy Porter (dir.), *Discovering the History of Psychiatry*, New York et Oxford, Oxford University Press, p. 348-383.

NOTES

- 1.Enfermement, Marges et Société. Ce groupe de recherche, dirigé par O. Faure, dépendait du ministère de la Recherche et de l'Université Lyon III.
- 2.Environ 2000 malades mentaux internés (45 000 dans l'ensemble des asiles français) sont morts de faim et de pathologies afférentes à la dénutrition à l'hôpital psychiatrique du Vinatier entre 1940 et 1945. Voir : Bultzingsloewen 2007.
- 3.Jeanne Calment est morte à l'âge de 122 ans 5 mois et 15 jours.
- 4.Je remercie le Dr Pascal Triboulet de m'avoir autorisée à consulter le dossier de Henriette D. Bien que difficiles d'accès car très protégés, les dossiers médicaux des malades internés, rarement exploités par les chercheurs français, sont une source de première importance pour écrire l'histoire de la psychiatrie.
- 5.J'ai choisi de conserver le prénom de Henriette dans la mesure où Henriette a été tirée de son anonymat en 1987 à l'occasion de ses cent ans. La presse a en effet été conviée à la fête d'anniversaire organisée par l'hôpital à laquelle a également assisté le maire adjoint de la ville de Bron. Plusieurs petits articles sont parus dans des journaux locaux. Sur une photo publiée par l'un d'eux, on voit Henriette, petite femme menue aux cheveux blancs, vêtue d'une robe-tablier à rayures et d'un gilet blanc. Le cas de Henriette D. a également été évoqué sur un mode polémique par le Dr Patrick Lemoine dans Lemoine 2005 : 80-81.
- 6.Du nom de la commune de l'actuelle banlieue de Lyon sur laquelle il est implanté. C'est en 1936 que l'asile a pris le nom d'hôpital psychiatrique (départemental) du Vinatier.
- 7.En réalité un peu moins de 74 ans.
- 8.Le placement d'office est un placement sous contrainte. Il est ordonné par le préfet (sur avis médical) et ne peut être levé que par lui. Dans la plupart des départements, il concerne la très grande majorité des internés jusque dans les années 1960.
- 9.L'auto-placement et le placement libre sont consentis par le patient.
- 10.Elle peut également sortir en ville sans être accompagnée d'une infirmière.
- 11.Sachant que les historiens (très peu nombreux) qui ont travaillé sur l'histoire de la psychiatrie en France ne se sont guère intéressés à la question du genre. On citera cependant le livre de Yannick Ripa 1986. On mettra également à part les travaux de Nicole Edelmann qui portent sur l'hystérie. Notons enfin que, depuis les années 1980, le cas de Camille Claudel a suscité de nombreuses analyses qui ne sont pas le fait d'historiens.
- 12.Le terme d'aliéné est utilisé par l'administration jusqu'en 1952.
- 13.Nombre d'internements (de femmes comme d'hommes) sont en effet motivés par la perte d'un parent (ascendant le plus souvent) qui assumait la charge du malade.
- 14.L'internement doit en principe être ordonné par le préfet. Mais l'article 19 de la loi du 30 juin 1838 stipule qu'« en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui statuera sans délai ».
- 15.Le procès-verbal ne comporte aucune indication quant à la nature de ce traitement. Mais on sait qu'à cette date il n'existe aucun traitement susceptible d'atténuer les bouffées délirantes. Peut-être Henriette D. doit-elle prendre des substances tranquillisantes pour calmer ses éventuels accès d'agitation.

16. En référence à la loi du 30 juin 1838. C'est ainsi que l'on désigne les registres d'entrées des hôpitaux psychiatriques.
17. Le Pr E. utilise les mêmes termes dans le certificat de quinzaine, lui aussi obligatoire.
18. Patrick Lemoine est psychiatre et ancien chef de service à l'hôpital du Vinatier.
19. Comme les détenus des prisons, les aliénés dits « travailleurs » touchaient un pécule d'un montant très faible.
20. La débilité mentale (légère ou profonde) est une catégorie nosologique encore usitée de nos jours.
21. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale qu'un service de médecine générale est créé à l'hôpital du Vinatier. A partir des années 1950, le transfert des malades à l'hôpital général, qui se heurtait jusque-là à des obstacles économiques (le prix de journée était beaucoup plus élevé à l'hôpital général qu'à l'hôpital psychiatrique) et aux réticences de l'administration et des médecins des hôpitaux généraux, peu enclins à accueillir des malades agités, devient également plus facile.
22. Les malades internés depuis plus d'une décennie sont plus souvent morts de faim que les autres. Mais il est vrai aussi que la surmortalité des femmes a été moins importante que celle des hommes.
23. Il semble qu'à cette date la malade ait été examinée par le médecin-chef pour une suspicion de tuberculose. Mais, contrairement à nombre d'autres internés, Henriette D. n'a contracté aucune maladie infectieuse grave.
24. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses dans les hôpitaux psychiatriques. Un service de gériatrie-psychiatrie a été ouvert en 1998 à l'hôpital du Vinatier.
25. Les équipes ont progressivement pris conscience des difficultés d'adaptation des malades chroniques placés en maison de retraite. Nombre d'entre eux sont morts dans l'année qui a suivi leur placement.
26. Au contraire de Camille Claudel, internée de 1913 jusqu'à sa mort en 1943 à l'asile de Ville-Evrard (Neuilly/Marne) puis à l'asile de Montdevergues-les-Roses (Avignon), elle n'a d'ailleurs pas beaucoup protesté contre son enfermement, en tout cas dans les premières années.
27. Rappelons que l'allocation adulte handicapé (AAH) de même que les ateliers protégés sont de création récente.
28. En l'occurrence l'insulinothérapie et la cardiathérapie puis, à partir de 1941-1942, l'électrochothérapie qui suscite un immense espoir chez les psychiatres. Il ne semble pas que Henriette D. ait bénéficié de ces innovations qui, faute de personnel, ont été expérimentées sur un nombre limité de malades, pour la plupart « récents ».
29. En l'occurrence les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et les hôpitaux de jour. Ces structures mettent en œuvre des suivis ambulatoires, mais certains patients peuvent aussi bénéficier d'hébergements protégés en foyer ou en appartement thérapeutique.
30. D'après un courrier de 1957 et un autre de 1962, il semble qu'une de ces nièces soit en réalité une belle-sœur.
31. Une lettre conservée dans le dossier atteste que l'assistante sociale a repris contact avec la belle-sœur de Henriette D. en juin 1962.
32. On ignore si cette première visite a lieu à l'hôpital Edouard Herriot ou à l'hôpital du Vinatier ce qui n'est pas sans importance sur le plan symbolique.

- 33.**Le parcours de Tonine R., internée à l'hôpital du Vinatier de 1913 à 1962, date de son décès à l'âge de 92 ans, présente de nombreuses similitudes avec celui de Henriette D. Voir Bueltzingsloewen 2007 : 387-389.
- 34.**Pour le compenser, le département de la Seine a construit un asile exclusivement destiné aux femmes. Il s'agit de l'asile de Maison-Blanche (Neuilly-sur-Marne) qui a ouvert ses portes en 1900. Les cinq autres établissements relevant du dispositif d'assistance psychiatrique de la Seine sont mixtes.
- 35.**Je remercie le Dr François Chapireau, psychiatre et statisticien à l'INED, de m'avoir procuré les données postérieures aux années 1950. Voir Chapireau 2007.
- 36.**Même si ce déséquilibre est quelque peu atténué par l'arrivée de nombreux immigrés, majoritairement des hommes.
- 37.**Autrement dit, il y a plus de célibataires, de divorcées, de séparées et de veuves parmi les femmes internées que parmi les hommes.
- 38.**Mais probablement plus importante dans le cas des femmes que dans celui des hommes.
- 39.**On ignore cependant leur nombre car ils ne sont pas identifiés comme tels et nombre d'entre eux sont internés de nombreuses années après la fin de la guerre. Ils relèvent de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensionnés de guerre.
- 40.**Ainsi, en 1924, 66,1 % des entrées enregistrées à l'asile départemental du Rhône concernent des femmes.
- 41.**Sur cet aspect, voir les travaux en cours de Marc Renneville.
- 42.**Le trouble à l'ordre public peut également conduire directement à l'asile si le fonctionnaire chargé de l'enquête estime que le délit s'explique par la folie et si un certificat médical vient corroborer cette hypothèse.
- 43.**Ces malades sont désignés sous le terme de « médico-légaux ».
- 44.**Du fait de l'évolution de la législation et de la réduction du nombre des lits, de nombreux malades atteints de psychose, mais néanmoins jugés responsables de leurs actes séjournent actuellement en prison.
- 45.**L'analyse des livres de la loi (voir note 16) montre, par exemple, que les familles des malades hommes correspondent plus régulièrement avec le médecin-chef que les familles des malades femmes. On peut supposer que celles-ci sont également moins visitées que les hommes.
- 46.**C'est ce qui explique le relatif rééquilibrage entre hommes et femmes enregistré dans les années 1930. Notons également qu'à l'asile les hommes sont plus nombreux que les femmes à bénéficier du statut de « malade travailleur ». Or ce statut facilite la réinsertion en cas de sortie.
- 47.**Les pensionnaires sont répartis en classes, chaque classe donnant droit à un niveau de confort différent.
- 48.**Dès les années 1950, dans le cadre du mouvement dit de psychothérapie institutionnelle, quelques chefs de service « audacieux » organisent des fêtes ou autres activités récréatives mixtes. Non sans se heurter à l'opposition de l'administration.
- 49.**Ce principe vaut pour les malades comme pour le personnel. Hormis avec le médecin-chef (sauf lorsqu'il s'agit d'une femme ce qui est de moins en moins rare au XXe siècle), les malades femmes ne sont jamais en contact avec des hommes. La mixité a généralement été introduite dans les hôpitaux en même temps que la sectorisation.
- 50.**Des études récentes conduites par des historiens anglo-saxons et helvétiques ont montré que les traitements des maladies mentales (parmi lesquels le recours à l'internement et, dans les années 1940 et 1950, le recours à la lobotomie) ont longtemps

différé selon le sexe. Outre les travaux de Joan Busfield (EU) et de Nance Tomes (Canada), voir l'ouvrage récent de Meier Marietta, Bernet Brigitta, Dubach Roswitha et Germann Urs 2007.

RÉSUMÉS

À propos du cas de Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle. Née en 1887 et internée en 1925, Henriette D., dont nous avons pu consulter le dossier médical, a séjourné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Lyon/Bron) jusqu'à sa mort en 1999. Soit pendant près de trois-quarts de siècle. Quelles sont les causes de son internement ? Pourquoi a-t-elle été maintenue si longtemps à l'asile, y compris dans une période (à partir des années 1960-1970) où la désinstitutionnalisation et le « maintien dans la communauté » sont devenus les maîtres mots de la prise en charge des malades mentaux ? Formulées à partir d'un itinéraire de patient, ces interrogations conduisent à poser la question du genre à l'hôpital psychiatrique au XXe siècle. Et donc à poser en d'autres termes la question des rapports que la société entretient avec la folie.

The case of Henriette D. Women and psychiatric imprisonment in XXth-century France. Born in 1887, Henriette D. was interned in 1925 in the psychiatric asylum of the Vinatier in Lyon/Bron where she remained almost three quarters of a century until her death in 1999. What were the reasons for her committal ? Why was she kept in the asylum for such a long time, including the period in the 1960s and 1970s when desinstitutionalization and "maintaining in the community" had become keywords in the care of the mentally ill ? Drawing on her medical records, this article uses her itinerary to discuss gender in the twentieth-century psychiatric hospital and to reassess through this lens the nature of the relationship between society and mental illness.

INDEX

Keywords : assistance to mental illness, internment, madness/mental illness, Psychiatric hospital/asylum, XXth century, gender

Index chronologique : XXe siècle

Mots-clés : assistance aux aliénés, folie/troubles mentaux, Hôpital psychiatrique/asile, internement

AUTEUR

ISABELLE VON BUELTZINGSLOEWEN

Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN est maître de conférences en histoire contemporaine à l'Université Lumière-Lyon 2 et membre du LARHRA (Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes). Elle travaille sur l'histoire de la santé publique en France et en Allemagne à l'époque contemporaine et, depuis quelques années, s'intéresse plus particulièrement à l'histoire de la psychiatrie et de l'assistance aux malades mentaux en France au XXe siècle. Elle vient de publier

L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation (Aubier/Flammarion, 2007).